

## گشودن درها؛ مقایسه سامانه سلامت روان ایتالیا، اتریش و ایران

دکتر حمید طاهرخانی\*

[دریافت مقاله: 1389/8/10؛ پذیرش مقاله: 1389/9/15]

آن‌ها تمامی امور مربوط به روان‌پزشکی بزرگسالان به صورت سرپایی، همچنین مدیریت درمان و خدمات بازتوانی صورت می‌گیرد. به طور متوسط برای هر 80460 شهروند ایتالیایی یک مرکز CMHC وجود دارد و در هر مرکز به طور متوسط چهار روان‌پزشک، دو روان‌شناس، دو مددکار اجتماعی یا درمان‌گر بازتوانی و 7/7 پرستار کار می‌کردند. در کل 24/8 متخصص برای هر 100000 ایتالیایی وجود دارد. در یک دوره سه ماهه از هر ده هزار شهروند، 90/8 نفر درمان شدند که از این تعداد 38% آنان برای نخستین بار مراجعه کرده بودند، 57% زن، 45/5% کم‌تر از 44 سال، 36% 45 تا 64 سال و 21/5% بیش از 64 سال داشتند. اختلال‌های روان‌پریشی<sup>5</sup> (بیشتر اسکیزوفرنیا<sup>6</sup>)، خلقی<sup>7</sup>، اضطرابی<sup>8</sup> و سایر اختلال‌ها به ترتیب 29%، 25%، 22/5% و 23/5% تشخیص‌ها را تشکیل می‌داد. نزدیک یک چهارم بیماران درمان‌های جامعه‌نگر را خارج از مراکز CMHC (مانند ویزیت در منزل و مداخله در جامعه) دریافت می‌کردند.

### 2- خدمات بستری حاد<sup>9</sup> (AIF)

خدمات بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی ارایه می‌شود. این بخش‌ها با بیشینه تعداد 15 تخت با هدف تدوام در مراقبت، در ارتباط تنگاتنگ با مراکز CMHC هستند. برای هر ده هزار شهروند، 0/78 تخت بستری حاد دولتی وجود دارد که 88% آن‌ها در بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی، 10% در درمانگاه‌های روان‌پزشکی دانشگاهی و 2% در مراکز شبانه‌روزی CMHC قرار دارد.

نوشته حاضر گزارش بازدید از دو مرکز سلامت روان در دو کشور اتریش و ایتالیا (خرداد ماه 1389) و حاصل ملاقات با افراد شناخته‌شده‌ای است که به طور مستقیم در اصلاح سامانه سلامت روان کشورشان نقش داشتند. ایتالیا تنها کشور بدون بیمارستان روانی جهان است، در اتریش نیز تعداد تخت‌های روان‌پزشکی پایین و خدمات بازتوانی پیشرفته است. امید است این نوشتار مورد توجه همکاران محترم و مسئولان سلامت روان کشور قرار گیرد.

### ایتالیا

سی سال پیش قانون اصلاح گرایانه در روان‌پزشکی به تغییر اساسی در مفهوم مراقبت و سلامت روان در ایتالیا منجر شد. در این قانون تأکید شد که باید بیمارستان‌های روان‌پزشکی تعطیل و خدمات سلامت روان تنها به وسیله مراقبت مبتنی بر جامعه<sup>1</sup> ارایه شود (تورسینی<sup>2</sup>، 2008). پس از تصویب این قانون، نزدیک به بیست سال طول کشید تا در پایان دهه 1990 میلادی تمام بیمارستان‌های روان‌پزشکی ایتالیا برچیده شد (تانسلا<sup>3</sup>، 2007). بنابراین ایتالیا نخستین کشوری بود که در آن مراقبت سلامت روان تنها به صورت ارایه خدمات در شبکه جامعه بنیان گذاشته شد (تورسینی، 2007). در ادامه در مورد شبکه خدمات سلامت روان ایتالیا توضیح داده می‌شود:

### 1- مراکز سلامت روان جامعه‌نگر<sup>4</sup> (CMHC)

این مراکز هسته اصلی سامانه مبتنی بر جامعه هستند که در

\* روانپزشک، مشاور دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و سرپرست مرکز توان‌بخشی طلوع. تهران، میدان المپیک، شهرک گلستان، بلوار گلها، بنفشه 14، پلاک 2، مرکز توان‌بخشی طلوع. دورنگار: 021-44701558، E-mail: taherkhani@health.gov.ir

1- community care  
3- Tansella  
5- psychotic disorders  
7- mood disorders  
9- acute inpatient facilities

2- Toresini  
4- community mental health centers  
6- schizophrenia  
8- anxiety disorders

## اتریش

تا اوایل دهه 1970 میلادی دو سامانه موازی در مراقبت روان پزشکی در اتریش وجود داشت: 1- بستری بیماران روان پزشکی در ده بیمارستان روانی بزرگ همراه با 3 بخش کوچک دانشگاهی انجام می شد. در کل تعداد 12000 تخت (16 تخت برای هر 10000 نفر جمعیت) وجود داشت. در سال 1974، 40% و 20% بیماران به ترتیب مبتلا به اسکیزوفرنیا، عقب افتادگی ذهنی<sup>5</sup> و دمانس<sup>6</sup> بودند، نزدیک به 60% بیماران بیش از دو سال و بیش از 90% به صورت اجباری در بیمارستان بستری بودند. 2- درمانگاه های عصبی-روان پزشکی<sup>7</sup> که به بیماران روان پزشکی و عصب شناختی خدمات سرپایی ارایه می کرد.

به دلیل فاصله جغرافیایی زیاد میان این خدمات، هیچ ارتباطی میان این دو سامانه وجود نداشت، اما پس از گذشت سی سال این موقعیت به طور اساسی تغییر کرد؛ بسیاری از خدمات ارایه شده به وسیله دو سامانه به یک تصویر چندگانه تکامل پیدا کرده، بیش از 40 مرکز خدمات روان پزشکی کوچک تر به وسیله منابع گوناگون (از جمله شرکت های بیمه) تأسیس شد و خدمات مبتنی بر جامعه به صورت مراکز اقامتی، روزانه و سرپایی به وسیله سامانه خدمات حمایتی راه اندازی شد. در حال حاضر تعداد تخت های بیمارستانی به کمتر از 5000 عدد (شش تخت برای هر 10000 شهروند) رسیده است. همچنین به تازگی درمانگاه های عصبی-روان پزشکی به دو بخش جدا یعنی عصب شناختی و روان پزشکی تقسیم شده است. بسیاری از متخصصان نیز (از جمله روان شناسان و روان درمان گران) در مؤسسه ها<sup>8</sup> و مراکز سرپایی در حال کار هستند (کتشینگ<sup>9</sup>، 2003).

در حال حاضر مشکل اصلی این است که چگونه می توان به پراکندگی منابع مالی ارایه کننده خدمات چیره شد، زیرا این پراکندگی در پشتیبانی مالی باعث شده است انتقال بیمار میان بخش های بستری و روزانه، همچنین میان خدمات پزشکی و اجتماعی با دشواری همراه باشد. از سوی دیگر به دلیل ساختار سیاسی فدرالی<sup>10</sup> اتریش، هر استان مستقل عمل می کند،

همچنین به ازای هر ده هزار نفر 0/94 تخت خصوصی وجود دارد. در کل تعداد تخت های بستری حاد برای هر ده هزار ایتالیایی 1/72 است.

تمام خدمات عمومی و خصوصی به صورت 24 ساعته به وسیله کارکنان دو شیفت صبح و شب انجام می شود. طول مدت بستری بسته به نوع خدمات متفاوت است، به طوری که متوسط روزهای بستری در بخش روان پزشکی بیمارستان های عمومی، درمانگاه های روان پزشکی دانشگاهی، CMHCs شبانه روزی و بخش های خصوصی به ترتیب 11/4، 17/8، 21/1 و 37/6 روز بود. بستری اجباری 12/9% موارد را شامل می شد؛ میزان بستری اجباری در سال 1975 (سه سال پیش از قانون اصلاح گرایانه) 50% بود، در سال 1984 به 20% و 10 سال بعد یعنی سال 1994 به 11/8% کل موارد بستری ها رسید. میزان بستری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی<sup>1</sup> و اختلال افسردگی تک قطبی<sup>2</sup> در بخش های عمومی (و خصوصی) به ترتیب 37/9% (25/9%)، 18/4% (19/6%) و 16/1% (20%) بود. در میزان بستری در بخش های خصوصی و عمومی، سن و جنسیت تفاوت چشمگیری نشان می دهد، به طوری که مردان جوان بیشتر در بخش های عمومی پذیرش می شوند، در حالی که یک سوم تخت های خصوصی مربوط به زنان 65 سال و بالاتر است.

3- خدمات اقامتی جامعه نگر<sup>3</sup> (CRF)

در سال 2000 در ایتالیا 1370 مرکز اقامتی و برای هر 10000 فرد بالای 14 سال، 3/5 تخت وجود داشت. 73% مراکز اقامتی کارکنان 24 ساعته داشتند، تعداد متوسط کارکنان تمام وقت 8/2 نفر و نسبت کل بیماران به کارکنان تمام وقت 1/4 به 1 بود. در سه چهارم مراکز هیچ محدودیت زمانی وجود نداشت و پذیرش و ترخیص بیماران به صورت نامحدود انجام می شد. برای بسیاری از بیماران مزمن این مراکز حکم «یک خانه برای زندگی» را داشت، نه یک خدمت موقتی. محیط زندگی نسبتاً مناسب بود؛ در هر مرکز به طور متوسط 12/5 تخت وجود داشت، بیشتر اتاق ها دو نفره بود و به فضای باز مانند باغچه دسترسی داشت. ساکنان این مراکز به فعالیت های خارج از محل سکونت گوناگونی دسترسی داشتند، ولی 45% بیماران به صورت کلی غیر فعال بوده، در فعالیتی شرکت نمی کردند (لورا<sup>4</sup>، 2009).

1- bipolar disorder

2- unipolar depressive disorder

3- community residential facilities

4- Lora

6- dementia

8- institutes

10- Federal

5- mental retardation

7- neuro-psychiatric

9- Katschnig

4- سازمان بهزیستی: از سال 1380 توان بخشی برای بیماران روانی مزمن به سازمان بهزیستی کشور سپرده شد که پیر و آن مراکز توان بخشی شبانه روزی، روزانه، ویزیت در منزل، اوتیسم و خانه های نیمه راهی با سرپرستی این سازمان راه اندازی شد. بیشتر این مراکز به صورت خصوصی اداره شده، از یارانه سازمان بهزیستی استفاده می کنند.

### مقایسه سه کشور

در ایتالیا نکته خیره کننده، نبودن در بسته حتی برای بیماران حاد است. در شهر مورد بازدید، مان<sup>4</sup>، که در شمال ایتالیا واقع شده است، جمعیت 120 هزار نفری به وسیله یک سامانه سلامت روان متمرکز پوشش داده می شود. نقطه قوت بزرگ این سامانه، مدیریت آن به وسیله گروهی واحد و ضعف آن وابستگی مستقیم به بودجه دولتی است.

در اتریش در شهر مورد بازدید، کلاگنفورت<sup>5</sup>، که در استان جنوبی قرار دارد، چند سامانه غیردولتی، از جمله پرومته<sup>6</sup>، هدایت سلامت روان غیربیمارستانی را بر عهده دارند. این سامانه تمام بخش ها از جمله مشاوره های سرپایی، پیگیری پس از ترخیص، خانه های نیمه راهی، مراکز روزانه، باز توانی شغلی و اشتغال حمایتی را دارا هستند. مدیریت بیمارستان جداگانه و به طور مستقیم به وسیله سامانه بهداشت و درمان استان مربوط اداره می شود. سازمان های غیردولتی در تمام استان ها فعال بوده، در عمل و روش های درمانی استقلال دارند.

در ایران به طور کلی سامانه سلامت روان بیشتر متوجه درمان بوده، به پیشگیری و باز توانی توجه کمتری می شود (طاهرخانی و همکاران، 2008)، ولی به هر حال ادغام سلامت روان در سامانه PHC به ویژه در مناطق روستایی یک نقطه قوت بوده، مورد توجه سازمان های بین المللی، مانند سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است. از سوی دیگر در دهه اخیر توان بخشی مورد توجه سازمان بهزیستی قرار گرفته است و هر چند بعضی بیماران در مراکز شبانه روزی توان بخشی به مدت طولانی نگهداری می شوند، به ویژه در سال های اخیر زیاد شدن مراکز روزانه و ویزیت در منزل امیدوار کننده بوده است. ویژگی های اصلی سامانه سلامت روان در ایتالیا، اتریش و ایران به طور خلاصه در جدول 1 آمده است.

بنابراین در روند اصلاحات در ایالت ها نامتوازی وجود دارد. همین ساختار فدرالی مانع ایجاد یک تعریف مشترک برای ارائه خدمات و معیار کیفی مربوط به بیمه ها در خارج از بیمارستان شده است (پلاتر<sup>1</sup> و پلشوتزیک<sup>2</sup>، 2007).

### ایران

با ورود روان پزشکان آموزش دیده در فرانسه، از سال 1316 روان پزشکی جدید در ایران آغاز شد. با تأسیس بیمارستان های جدید روانی و افزون شدن تخصص هایی مانند روان شناسی، روان پرستاری، مددکاری و کار درمانی خدمات سلامت روان در ایران گسترش یافت و در حال حاضر خدمات سلامت روان در ایران به صورت زیر ارائه می شود:

- 1- تخت های روان پزشکی برای بیماران حاد: در سال 1384 در سطح کشور تعداد 34 بیمارستان روان پزشکی با 6489 تخت و تعداد 74 بخش روان پزشکی با ظرفیت کلی 1934 تخت در بیمارستان های عمومی کشور فعال بودند (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، 2008a).
- ارائه خدمات به دو صورت دولتی و خصوصی انجام می شود و در بیشتر موارد بیماران به وسیله خانواده ها و به روش مراجعه مستقیم بستری می شوند. بیماران پس از ترخیص به سلیقه خود به درمانگاه سرپایی بیمارستان یا مطب روان پزشکان مراجعه می کنند.
- 2- درمانگاه های سرپایی و مطب ها: با مراجعه مستقیم بیماران، خدمات سلامت روان در این مراکز به وسیله روان پزشکان، روان شناسان، مددکاران و کار درمان گران ارائه می شود.
- 3- سامانه مراقبت های سلامت اولیه<sup>3</sup> (PHC): گسترش سلامت روان در ایران با توجه ویژه به ادغام سلامت روان در سامانه PHC صورت گرفته و در روستاها موفقیت زیادی داشته است، به طوری که در سال 1387 مراکز بهداشتی- درمانی به نزدیک 95% جمعیت روستایی زیر پوشش، خدمات بهداشت روان ادغام یافته در PHC ارائه می کردند. ولی طرح ادغام برخلاف روستاها، در شهرها گسترش کمی داشت، به طوری که تنها برای 37% جمعیت زیر پوشش این ادغام صورت گرفت. در این مراکز بیماری های عمده روان پزشکی در مناطق زیر پوشش شناسایی شده، مراقبت های اولیه دارویی به عمل می آید و در صورت نیاز به سطوح بالاتر درمانی ارجاع می شود (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، 2008b).

جدول 1- مقایسه سامانه سلامت روان در ایتالیا، اتریش و ایران

ضعف‌ها	قوت‌ها
- وابستگی مستقیم به بودجه دولتی	ایتالیا - درهای کاملاً باز
- نبود مدیریت واحد در بخش بستری و بازتوانی	- مدیریت متمرکز در سلامت روان
- پیشرفت نامتوازن استان‌ها	اتریش - خدمات گوناگون و پیشرفته سلامت روان و بازتوانی
- نبود مدیریت واحد در بخش بیمارستانی و بازتوانی	- فعال بودن بخش غیردولتی
- پراکندگی در ارائه خدمات سلامت روان و بازتوانی	ایران - ادغام سلامت روان در PHC و موفقیت در روستاها
- بستری و نگهداری طولانی مدت بعضی بیماران	- توجه به بازتوانی در سال‌های اخیر
	- شروع روش درهای باز و خانه‌های حمایتی

### تجربه درهای باز و اسکان حمایتی در ایران

از سال 1384 همزمان در دو مرکز شبانه‌روزی توان‌بخشی تحت پوشش سازمان بهزیستی واقع در منطقه 22 تهران، طرحی شروع شد که در آن به بیماران بستری اجازه رفت و آمد بدون همراه به بیرون از مرکز داده شد. به مرور زمان تعداد افراد مجاز به رفت و آمد زیاد شد، به‌طوری‌که در اردیبهشت‌ماه سال 1388 یکی از این مراکز با ظرفیت پذیرش 50 بیمار، یک مرکز شبانه‌روزی «در باز»<sup>1</sup> معرفی شد (طاهرخانی، 2009). پس از گذشت یک سال، یعنی در خردادماه 1389 مرکز توان‌بخشی دیگر نیز با ظرفیت پذیرش 80 بیمار به یک مرکز «در باز» تبدیل شد. در سامانه‌های «در باز» در ورودی مرکز باز بوده، بیماران حق ورود و خروج آزادانه دارند، مراقبت از در ورودی نیز به عهده خود بیماران است. همزمان با باز کردن درها، در اردیبهشت‌ماه 1388، طرح دیگری به نام اسکان حمایتی<sup>2</sup> نیز اجرا شد که در آن بیماران به جای بستری طولانی‌مدت در مراکز درمانی، در خانه‌های حمایتی زندگی کرده و در ساعت‌های اداری در مراکز درمانی حضور می‌یابند. در این خانه‌ها افراد زیرپوشش به‌صورت گروهی زندگی می‌کنند و هیچ درمانگر یا مراقبی در محل وجود ندارد.

188  
188

درمانگران حوزه خدمات بستری بیمارستانی به ارائه خدمات بازتوانی روانی-اجتماعی<sup>3</sup>، 3- همکاری و هماهنگی میان‌بخشی دو سامانه ارائه خدمات سلامت روان در ایران (وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی)، 4- توجه به حقوق بیماران و بستری نکردن طولانی مدت و از بین نبردن آزادی آنان، 5- گسترش به‌کارگیری روش درهای باز، حتی در بیمارستان‌ها و بخش‌های روان‌پزشکی (با توجه به تجربه کشور ایتالیا و مراکز توان‌بخشی تحت پوشش بهزیستی)، 6- کاربرد روش اسکان حمایتی به‌عنوان یک روش جایگزین به جای بستری بیمارستانی زیرپوشش وزارت بهداشت و همچنین بستری طولانی‌مدت در مراکز توان‌بخشی زیرپوشش سازمان بهزیستی، 7- توجه به ارائه خدمات گوناگون و گسترده به‌منظور رعایت حق انتخاب افراد مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی و خانواده‌های ایشان با هدف زمینه‌سازی برای همکاری بیشتر و پیگیری‌های درمانی، 8- توجه به بخش خصوصی برای ارائه انواع خدمات سلامت روان به‌ویژه در خدمات غیربستری (با توجه به تجربه اتریش و تجربه سال‌های اخیر ایران در گسترش مراکز روزانه و پیگیری در منزل زیر نظر سازمان بهزیستی به‌وسیله بخش خصوصی).

### سپاسگزاری

بدین‌وسیله از خانم دکتر سیمین بهرامیان، رئیس بخش بازتوانی حرفه‌ای پرومته استان کرتن<sup>4</sup> اتریش و آقایان دکتر توماس پلاتس<sup>5</sup>، رئیس پرومته استان کرتن اتریش؛ دکتر لورنزو تورسینی<sup>6</sup>، رئیس سامانه سلامت روان شهر مران ایتالیا؛

1- open door 2- supported housing  
3- psychosocial rehabilitation 4- Kärnten  
5- Thomas Platz 6- Lorenzo Toresini

### نتیجه‌گیری

با وجود آن که در نگاه نخست مقایسه سامانه سلامت روان ایران و کشورهای پیشرفته نادرست به‌نظر می‌رسد، با موشکافی بیشتر می‌توان از مجموع تجربه‌های داخل و خارج از کشور مسیرهای درست‌تر و کم‌خطاتری را طراحی کرد؛ 1- تقویت ادغام خدمات سلامت روان در سامانه PHC به‌ویژه در پیشگیری سطح اول و سوم (بازتوانی)، 2- جلب توجه

*health care* (Not Published). (Persian)

Taherkhani, H. (2009). The open door centers as a symbol for de-stigmatization and versatility of services. *The First National Seminar on Schizophrenia & Chronic Mood Disorders, Service Delivery & psycho-Social Rehabilitation*. Iranian Society Supporting Individuals with Schizophrenia (ISSIS) & University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Iran, Tehran, 19-21 May 2009, 165-166. (Persian)

Taherkhani, H., Motamedi, H., Ghanbari, A., Ahmadvand, A., Mirtalaei, M., Salahi, S., Karimzadegan, A., & Malekshahi, M. (2008). *The principle of rehabilitation in chronic psychiatric patients*. Tehran: Pardis Pub. (Persian)

Tansella, M. (2007). The long journey of monitoring and evaluating a new mental health service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 437, 3-5.

Toresini, L. (2007). No restraint system in Italy. 47th International neuropsychiatric pula Congress. *Neurologia Croatica*, 56, 6-40.

Toresini, L. (2008). The de-institutionalisation as a therapeutic Practice, Meeting of the European National Counterparts from NIC for the WHO Mental Health Programme, Meran, Italy.

دکتر جعفر بوالهری، رئیس انستیتو روان پزشکی تهران و دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و درمان صمیمانه قدردانی می شود.

## منابع

Katschnig, H. (2003). *Mental health in Austria. Federal ministry of health and woman*. Austria, Vienna: Gunther Stefanits.

Lora, A. (2009). An overview of mental health system in Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 45 (1), 5-16.

Platz, T., pleschutzgig, E. (2007). *Seelische gesundheit in Kaernten*. Promente: Linz.

Psycho-Social Health & Addiction Office, Ministry of Health and Medical Education of I.R. Iran (2008a).

*The geographical distribution of psychosocial disorders resources and services in Iran, year 2005*. Kerman:

Research Deputy of Kerman University of Medical Sciences Pub. (Persian)

Psycho-Social Health & Addiction Office, Ministry of Health and Medical Education of I.R. Iran (2008b).

*Report of integration of mental health to primary*